132

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 janvier 1909, à 1 heure.

Par **René MORIN**

Né à La Roche-sur-Yon (Vendée) le 4 juillet 1883

ÉTUDE CRITIQUE

DES

SANATORIUMS POPULAIRES

DANS

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Président : M. CHANTEMESSE, *professeur.*

Juges : MM. GILBERT, *professeur.*
FERNAND BESANÇON et CARNOT, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD. DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	N***.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N***.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Cliniq opthalmologique	De LAPERSONNE
Cliniq des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Cliniq d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SŒUR

A TOUS CEUX QUI M'ONT TÉMOIGNÉ DE
L'AFFECTION ET DE L'INTÉRÊT

A MONSIEUR LE Dr HENRI LE MEIGNEN

MÉDECIN SUPPLÉANT DES HÔPITAUX
CHEF DES TRAVAUX PHYSIOLOGIQUES A L'ÉCOLE DE
MÉDECINE DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

PROFESSEUR D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ

ET A L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE DE PARIS

INSPECTEUR GÉNÉRAL DES SERVICES SANITAIRES

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Au moment de terminer nos études nous tenons à nous acquitter d'une dette de reconnaissance envers tous ceux qui nous ont guidé et éclairé de leurs conseils.

Nous ne saurions trop remercier MM. les professeurs de l'École de Médecine de Nantes pour leurs excellentes leçons et le bienveillant intérêt qu'ils nous ont souvent manifesté.

Nous tenons à remercier surtout M. le Dr Henri le Meignen qui à bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et le Dr Beugneul qui a bien voulu mettre à notre disposition les renseignements que nous lui demandions.

M. le professeur Chantemesse nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir nos meilleurs et nos plus sincères remerciements.

GÉNÉRALITES

La fréquence et la gravité de la tuberculose expliquent l'intérêt que les médecins ont de tout temps attaché à son étude. Hippocrate, plus de trois siècles avant Jésus-Christ, nous l'a peinte déjà comme la plus grande, la plus difficile et la plus meurtrière de toutes les maladies. Ce tableau que nous a laissé d'elle le maître de Cos n'a pas changé. Sa fréquence est extrême, les ravages qu'elle fait sont effrayants. Elle cause en Europe un cinquième des décès. Il n'est pas de dissolvant social qui lui soit comparable. Elle fait courir à la société de grands dangers par suite des nombreuses victimes qu'elle atteint et surtout par les intérêts qu'elle met en jeu et les déchets qu'elle produit sont tels qu'il en résulte de graves entraves et d'importantes perturbations économiques. La tuberculose est une tache qui s'étend et qui ronge, dont chaque éclaboussure donne naissance à de nouvelles taches douées du même pouvoir de diffusion et de destruction. Dans tous les pays, toutes les

castes, toutes les situations sociales lui paient un lourd tribut ; elle ne se contente pas en effet de frapper les classes pauvres et laborieuses qui y sont conduites par la misère, l'alcoolisme et le surmenage, mais elle atteint aussi ceux qui dans les classes aisées lui ont préparé la voie par des excès de toute nature, légitimant cette parole de Brouardel : « Pour le penseur aussi bien que pour l'ouvrier soumis à de rudes travaux le surmenage est une source inépuisable de tuberculose. Notre siècle en révolutionnant la conception étiologique des maladies infectieuses a fait beaucoup pour l'humanité. La tuberculose qui, jusque-là, était acceptée comme une chose terrible et inévitable, a été combattue. On a appliqué la sentence de Pasteur : « C'est dans le pouvoir humain de faire disparaître du monde toutes les maladies parasitaires. » On a obtenu des résultats encourageants, la mortalité par tuberculose a certainement diminué. Malheureusement la tâche est loin d'être aussi facile qu'on le croyait et le problème n'est pas encore résolu.

Il est, entre autres, toute une classe de la société qui a échappé aux mesures qu'on a pu prendre : c'est la classe ouvrière, qui continue à mourir victime des conditions que lui fait la société moderne.

C'est en effet dans ce milieu que la tuberculose se propage, qu'il est le plus difficile de la contrôler. L'éducation sanitaire y est déplorable. L'ouvrier, de nature frondeuse, est profondément ignorant dans la plupart des cas de ses intérêts. Les vérités du monde médical lui sont inconnues. Il juge toute contrainte mauvaise et s'efforce par tous les moyens d'y échapper. De plus,

même dans les milieux instruits et riches l'éducation sanitaire est insuffisante. C'est ce qui explique la mauvaise volonté de l'État et de nos législateurs qui n'ont presque rien fait pour enrayer les deux grands facteurs de la tuberculose: l'alcoolisme et les logements insalubres.

Aussi cette maladie a-t-elle continué ses ravages et, si nous consultons les statistiques, nous voyons que c'est elle qui a fait encore le plus de victimes. Ce fait devient à la fois plus significatif et plus saisissant quand on l'exprime en chiffres. Lowenthal a calculé qu'en France sur 850.000 décès annuels, 150 à 200.000 sont imputables à la tuberculose. C'est la population d'une ville comme Toulouse qui disparaît ainsi chaque année. La France n'est pas d'ailleurs seule à lui payer un tribut aussi écrasant et pour se rendre compte de ce que peut être l'hécatombe mondiale disons que pour huit nations seulement (l'Angleterre, l'Allemagne, la France, le Portugal, la Russie, la Suisse, la Hongrie et les Etats-Unis) qui représentent environ 330 millions d'habitants, il y a plus de 12 millions de tuberculeux et près d'un million de ceux-ci meurent chaque année, perte d'autant plus grande et d'autant plus pénible que parmi eux se rencontrent surtout les individus qui par leur âge forment le principal capital physique et intellectuel de la société, autrement dit les adultes de 20 à 40 ans.

Le professeur Irving Fischer de Yale (U.-S.) au dernier congrès de la tuberculose de New-York (1908) a cherché à établir le coût de cette affection. Il évalue la

perte représentée par chaque décès à 40.000 francs et rien que pour les États-Unis la perte subie chaque année du fait de 138.000 décès a plus de 3 milliards. Henderson de Chicago augmente ces chiffres de 2 milliards. On peut juger par là de ce que peut être le bilan de la tuberculose.

En dépit de leur variabilité les statistiques et les appréciations aboutissent toujours à des résultats déplorables.

PREMIÈRE PARTIE

Qu'a-t-on fait pour enrayer un pareil fléau ? On peut dire qu'on a tout essayé.

Hippocrate nous avait laissé le premier d'heureuses indications ; de même Celse, Arétée, Pline l'Ancien, Galien, Avicenne, Fallope, Van Helmont, Dupré de Lisle, et tant d'autres qu'une longue expérience avait instruits et qui sans connaître l'origine de cette maladie avaient remarqué les bons effets du grand air, d'un régime spécial ainsi que l'heureuse influence du repos, de la lumière solaire et de certains climats. Mais ce n'était pas tout. Il ne suffit pas de guérir cette maladie, il faut aussi l'empêcher de se propager, empêcher chaque malade de devenir un foyer d'infection pour son entourage et les autres membres de la société. Malheureusement, jusqu'à une époque toute rapprochée de la nôtre, le corps médical a été profondément divisé sur cette question de la contagion, qui est pourtant la plus importante. Il en est résulté une absence complète de toute mesure de protection. Il n'y a qu'une seule exception dans l'his-

toire qui mérite pour cela d'être signalée parce qu'elle prouve que certains esprits éclairés, rompant avec de vieilles traditions, avaient compris tout le danger que peut faire courir un tuberculeux à la société : c'est l'ordonnance de Ferdinand, roi de Naples, qui en 1782 prescrivit l'isolement des tuberculeux, le nettoyage de leur maison et la déclaration obligatoire de tous les cas de phtisie.

Malheureusement cet exemple ne fut pas suivi. Il a fallu toute l'évidence des expériences de Villemin en 1865 et surtout la découverte de l'agent pathogène par Koch en 1882 pour grouper les théoriciens et entraîner leur conviction. Le problème malgré tout n'était pas résolu. Quand la nature parasitaire de la tuberculose fut connue, on conçut de grandes espérances : le bacille c'est l'ennemi : tel fut le cri général de tous les thérapeutes ; on ne vit qu'un but, s'attaquer directement à lui, on n'eut qu'une idée : trouver une substance capable de le tuer. Mais on s'aperçut que l'organisme humain ne se comporte pas comme un vulgaire milieu de culture. Les moyens énergiques qu'on employait l'étaient assez pour détruire le bacille, mais ils avaient l'inconvénient de détruire souvent aussi le porteur. C'était certainement une excellente méthode de supprimer un foyer d'infection mais beaucoup la trouvèrent trop expéditive. On chercha ecpendant longtemps avec patience ; les échecs furent sans nombre et, comme le dit Marfan : « Chaque jour a vu naître un nouveau remède. Quelques mois passent et le remède tant prôné tombe dans l'oubli. »

Certains médecins comme Guéneau de Mussy pensèrent alors que la tuberculose est un mal nécessaire, destiné à épurer l'humanité en la débarrassant des organismes altérés et conseillèrent le nihilisme en fait de traitement de cette maladie.

Pendant ce temps et bien avant la découverte de l'agent pathogène, certains praticiens constatant que les substances contagieuses, quoique éparpillées, partout et absorbables par tous, ne déterminent de maladie que dans certaines conditions et que chez un nombre relativement restreint d'individus, virent que pour que l'infection se produise il fallait qu'un trouble organique lui ait préparé la voie. Ils furent ainsi conduits à revenir aux sages doctrines des anciens maîtres et à penser que le meilleur moyen de ne pas devenir tuberculeux et de se guérir, quand on l'est, c'est d'éviter les causes qui font le terrain tuberculisable ; c'est aussi de chercher à transformer l'organisme prédisposé ou malade de façon à le rapprocher autant que possible de l'organisme sain. Le régime et l'hygiène sont ainsi devenus, en même temps que la meilleure méthode de prophylaxie, la meilleure méthode de cure ; l'hygiène surtout qui, selon le mot de Péter, empêche le tuberculisable de devenir tuberculeux et le tuberculeux de devenir plus tuberculisable.

La vie au grand air, le repos ou du moins l'absence de surmenage, moyens auxquels il faut adjoindre un bon régime alimentaire, sont ainsi devenus les meilleures indications pour transformer l'organisme affaibli. C'est cette méthode que Bennet appliqua à Menton avec

succès sur lui-même, sur les conseils d'une infirmière géniale, Miss Nightingale. Mais son grand promoteur et vulgarisateur fut surtout Herman Brehmer. Elle fut appliquée dans tous les pays et amena une diminution notable de la mortalité par tuberculose.

En Allemagne, en 25 ans, la mortalité baissa de 25 0/0, à Vienne de 55 0/0, à Londres et en Angleterre de 45 0/0, à New-York de 41 0/0, en France de 20 0/0 seulement.

Ces inégalités dans les résultats de la lutte antituberculeuse viennent de la façon différente dont celle-ci fut envisagée.

En Angleterre, on porta toute son attention sur la prophylaxie. Par suite de l'amélioration des salaires, de la nourriture, des vêtements et surtout du logement, enfin par une meilleure réglementation du travail on obtint des résultats merveilleux. On peut dire que la cause la plus directe de ce succès revient aux progrès de l'aération des maisons et des ateliers de travail.

En Allemagne, l'idée directrice de la lutte antituberculeuse est résumée dans la phrase de Grancher: « La tuberculose est la plus curable des maladies chroniques. » On porta tous ses efforts sur le malade. On crut pouvoir guérir facilement tous les tuberculeux et arriver ainsi à éteindre en grande partie la maladie. Brehmer de Gœbersdorf et Dettweiler de Falkenstein, son élève, voyant aussi que la vie à l'air libre est difficilement acceptée des phtisiques et de leur entourage et craignant dans beaucoup de cas de les voir se soigner au petit bonheur, eurent l'idée de créer des établissements fermés qu'on appela sanatoriums, destinés à gar-

der les malades sous la surveillance continuelle du médecin jusqu'à la guérison. Le premier sanatorium date de 1859. Jusqu'en 1892, ces établissements se multiplièrent, mais ne furent accessibles qu'aux classes aisées. On y obtint d'excellents résultats.

Les compagnies d'assurance, entraînées par une active campagne de presse suscitée par Detteveiler eurent alors l'idée d'employer cette méthode pour le traitement de la tuberculose dans les classes laborieuses. Le point de vue humanitaire fut absolument mis de côté ; on ne cherchait que le résultat économique. Une société de bienfaisance de Francfort-sur-Mein créa le premier sanatorium populaire, mais le véritable mouvement ne date guère que de 1895. A ce moment M. Gebhardt, directeur de l'établissement hanséatique d'assurance, attira l'attention sur le fait que la majeure partie des rentes d'invalidité était servie à des tuberculeux. Il pensa qu'en plaçant ces malades dans les meilleures conditions pour guérir, autrement dit en les envoyant au sanatorium, il pourrait en résulter un réel bénéfice pour les compagnies qui, en facilitant la guérison de leurs malades, diminuaient d'autant leurs charges. Le mouvement se généralisa ; les sociétés de bienfaisance et de secours aux blessés y participèrent, entre autres la croix rouge allemande qui apporta les secours de son matériel et de son personnel.

Les sanatoriums populaires se multiplièrent et en 1905 l'Allemagne possédait 55 sanatoriums représentant plus de 80.000 lits.

Ce qui frappa beaucoup au congrès de Berlin en 1899,

ce fut la prétention outrée des médecins allemands de réduire toute la prophylaxie et la thérapeutique de la tuberculose à la cure par le sanatorium et, comme dit Cheinisse en assistant aux séances du congrès, on avait l'impression que les savants étrangers y avaient été invités moins en vue d'une conférence que pour se pénétrer de l'importance des progrès réalisés en Allemagne, et de la suprématie de cette nation. Cet engouement a beaucoup diminué depuis, et l'idée allemande a été l'objet de vives attaques.

DEUXIÈME PARTIE

Beaucoup de médecins sont d'accord pour admettre que le sanatorium est un bon moyen de cure de la tuberculose. Certes il a de nombreux avantages. Tout d'abord lorsqu'on abandonne un tuberculeux à lui-même, tout en lui donnant de sages conseils, il arrive souvent, s'il n'est pas bien surveillé, que ne comprenant pas la valeur de certaines prescriptions qui lui paraissent pénibles, il les néglige ; il se soigne alors au petit bonheur, et, s'en prenant au médecin du mauvais résultat de la cure hygiéno-diététique, il le quitte et devient la proie des charlatans. Quand il se décide à revenir, les lésions ont beaucoup augmenté et il est souvent trop tard pour intervenir.

Le sanatorium a certainement à ce point de vue un rôle excellent en arrachant le malade à l'influence pernicieuse d'un milieu ignorant et retardataire et en le disciplinant. De plus, il lui donne les moyens les plus efficaces pour se guérir, en lui fournissant l'air, le repos et une bonne alimentation, tout en assurant la stricte

observation des ordonnances médicales. Le sanatorium est également une bonne école d'hygiène, où le malade s'habitue à vivre à l'air libre, où il endurcit son corps et discipline sa toux; enfin, c'est un instrument de prophylaxie en ce sens qu'on isole du reste de la société des gens dangereux ou susceptibles de le devenir. En les guérissant on détruit autant de foyers de contagion.

Les résultats obtenus dans les sanatoriums destinés aux classes riches sont très bons. Nous trouvons en effet dans les statistiques qu'à Gœbersdorf, Brehmer obtint dès les premiers essais 30 0/0 de guérisons et qu'à Falkenstein sur 1.022 phtisiques traités de 1876 à 1886, 132 furent complètement guéris et 110 améliorés. De même, Meissen à Hohenhonnef signale 37 0/0 de guérisons, Haufe à Saint-Blaisien 36 0/0. Turban à Davos 20 0/0, Blache à Ormesson 42 0/0 de guérisons et 40 0/0 d'améliorations. Ces résultats sont certainement un peu exagérés, car parmi ces malades guéris beaucoup ne le sont qu'en apparence ; il ne faut pas abuser de la notion de la curabilité de la tuberculose, il serait plus convenable de dire que la maladie chez eux paraît éteinte. Car très souvent chez ces mêmes sujets 10, 15 ans après une première manifestation, nous la voyons reparaître à la suite d'une défaillance de l'organisme. D'autre part, les médecins en enregistrant ces succès oublient facilement que beaucoup de tuberculeux riches en suivant le même traitement qu'au sanatorium chez eux, et même sans traitement par un simple changement de vie, auraient pu obtenir des résultats presque aussi bons que dans un

établissement fermé. Néanmoins nous avouons que dans les classes riches le sanatorium a un effet salutaire. La tuberculose du riche est en effet une maladie d'excès et de luxe ; elle est chez lui particulièrement bénigne et l'influence du repos, de l'hygiène, ne tardent pas à l'arrêter dans sa marche ; d'autre part, le même malade plus instruit se soigne de bonne heure, son attention étant attirée par les premiers symptômes de la maladie ; il peut une fois sorti du sanatorium continuer sa cure et y consacrer tout le temps et l'argent nécessaire. Il a de la sorte toutes les chances possibles pour recouvrer la santé, toutes les chances possibles pour que l'amélioration ou la guérison obtenues soit durable.

En serait-il de même dans les classes populaires ? Non car les conditions ne sont plus les mêmes ; c'est ce dont on ne s'est pas rendu compte en Allemagne.

Le terrain chez les tuberculeux pauvres est trop souvent tellement épuisé qu'il est difficile de pouvoir le remonter même par le meilleur traitement, si bien que les efforts que l'on a faits dans ce but ont été trop souvent inutiles et les résultats hors de proportion avec les frais énormes qu'ils ont entraînés.

TROISIEME PARTIE

Le phtisique doit être considéré comme un individu en état de déchéance organique, qui n'est devenu la proie du bacille que par cette déchéance. L'importance du terrain domine donc la question de réceptivité et de curabilité ; et si on examine les conditions pathogéniques de cette déchéance qui prépare le terrain à l'infection, il faut signaler avant tout la misère avec toutes ses conséquences : privations, surmenage, habitation défectueuse, découragement, auxquels on doit ajouter l'influence des excès et des tares héréditaires ou acquises.

L'organisme, quand il est soumis ainsi de toutes parts à ces influences débilitantes, est désemparé et victime de ses vices, de ses habitudes ; de son milieu et des conditions sociales, il succombera facilement et n'opposera qu'une faible résistance à l'extension de la maladie. Les statistiques sont à cet égard d'une évidence brutale. La mortalité par tuberculose dans les quartiers pauvres et surpeuplés est double et même triple de celle des quar-

tiers riches. « La phtisie est en effet la compagne de la misère, a dit Arloing ; et elle engendre la misère à son tour, en apportant au foyer des humbles les chômages prolongés, le découragement et la désespérance. »

Brouardel, dans la Commission de la tuberculose de 1900, nous a donné les chiffres suivants :

Mortalité par tuberculose pour 100.000 *habitants à Paris :*

1° Quartiers riches (Champs-Élysées, Opéra, Passy) en moyenne 200 ;

2° Quartiers aisés (Louvre, Luxembourg, Batignoles, Temple), en moyenne 350 ;

3° Quartiers pauvres (Gobelins, Hôtel de Ville, Reuilly, Vaugirard), en moyenne 520 ;

4° *Quartiers très pauvres* (Popincourt, Montmartre, Observatoire, Ménilmontant, Buttes-Chaumont), en moyenne 630.

La mortalité qui est de 140 pour 100.000 habitants dans le quartier des Champs-Élysées, monte à 690 aux Buttes-Chaumont. A Plaisance même, sur le témoignage de Brouardel, on compte 1.041 décès pour 100.000 habitants et dans un quartier de Belleville 95 0/0 des familles sont atteintes de tuberculose.

A Hambourg des constatations analogues ont été faites par Gebhard.

La mortalité par tuberculose est :

De 10,7 pour un revenu de 3.500 marks et plus.

De 20,1 pour un revenu de 2.000 à 3.500 marks.

De 26,4 pour un revenu de 1.200 à 2.000 marks.

De 39,3 pour un revenu de 900 à 1.200 marks.

Les statistiques nous montrent donc d'une façon probante que la mortalité par tuberculose est en raison directe de la misère et de l'encombrement, en raison inverse de la richesse et du confort. Mais un autre facteur intervient en même temps, c'est l'alcoolisme qui a pour effet d'accélérer et de faciliter énormément la marche de la phtisie.

Or Debove, Hayem, Lancereaux, Landouzy ont montré que dans les hôpitaux de Paris sur 182 tuberculeux, 152 sont alcooliques.

Quel est en effet le sort de l'ouvrier des villes et comment pourrait-il en être autrement. L'ouvrier des villes, nous dit Grancher, cotoie incessamment la misère. Quelques semaines de chômage et de maladie et le voilà pour longtemps endetté, proie facile de prêteurs à gros intérêts et des tentations du cabaret qui achèveront la ruine de sa santé et de sa bourse. Il est de plus ignorant des choses les plus élémentaires de l'hygiène et croit de bonne foi qu'un litre de vin lui donne plus de force qu'un beefteack si même un litre de vin à chaque repas n'est pas dépassé. Son budget est donc souvent mal employé et la nourriture souvent aussi insuffisante et ne convenant pas au travail excessif et parfois trop pénible qu'il est obligé de fournir. En ajoutant à cette nourriture insuffisante, à ce travail excessif, un logis étroit, un de ces taudis surpeuplés sans air, sans lumière, sans soleil, véritable foyer maudit, nous trouvons réunies toutes les conditions essentielles de la préparation du terrain à l'envahissement tuberculeux. Quel parti tirer de ce milieu ruiné par tant de causes de dé-

chéance, tout succès thérapeutique sera dans ce cas presque toujours éphémère et il faudra se garder d'espérances exagérées en constatant une amélioration. C'est aux pauvres qu'on peut appliquer la célèbre parole de Laënnec : la tuberculose est incurable comme le cancer.

Plaçons un tel sujet au sanatorium. Il y sera dans des conditions exceptionnelles. Il y recevra une bonne nourriture, une bonne discipline personnelle et une excellente éducation hygiénique ; il pourra se reposer, vivre au grand air.

Si on le garde assez longtemps et si son organisme quoique profondément débilité récupère rapidement assez de résistance, il guérira peut-être, il sera amélioré presque sûrement.

La première atteinte de tuberculose tue en effet assez rarement. L'organisme humain, quand il est un terrain neuf, se défend bien contre une première attaque mais il fléchit devant les retours offensifs. Il y aurait donc un intérêt capital à dépister la tuberculose de bonne heure et à guérir à fond ses premières manifestations : de cette première lutte dépendra souvent le sort des malades. Ce diagnostic est facile dans la classe aisée, qui se soigne bien et qui s'effraye au premier symptôme anormal ; mais qu'arrive-t-il le plus souvent pour le travailleur ? Brouardel nous en a fait un tableau saisissant :

« Cet homme a un rhume, il tousse ; que fait-il ? il va chez le pharmacien, persuadé que celui qui a le droit de vendre les médicaments ne peut ignorer les indi-

cations de leur emploi. Sous l'influence de potions calmantes, la toux diminue, les nuits sont moins mauvaises, l'ouvrier continue à travailler ; puis il tousse de nouveau, suit la même méthode jusqu'au jour où il est terrassé par la fièvre ou quelque autre complication. Ce malade est devenu incurable. » S'il lui reste quelques ressources, il restera chez lui jusqu'au dernier moment et ne consultera le médecin que quand il sera trop tard. Car la tuberculose débutant souvent insidieusement, le sujet ne prête qu'une attention médiocre aux légers symptômes qu'il ressent, jusqu'au jour où, brusquement, éclate quelque complication qui l'effraye. Qu'arrive-t-il alors si un tel malade est envoyé au sanatorium ? S'il est trop épuisé, si c'est un dyspeptique comme la plupart des alcooliques, la tuberculose brûlera les étapes, en quelques mois elle fera des ravages effrayants, qu'aucun secours humain ne saurait arrêter ; le sujet est condamné d'avance ; le régime hygiéno-diététique n'agira en rien.

Si au contraire la déchéance organique n'est pas trop profonde, comme nous l'avons vu plus haut, le tuberculeux s'améliorera, guérira peut-être ; la maladie subira un temps d'arrêt plus ou moins long, elle pourra même s'éteindre complètement si le traitement est assez prolongé et dans les cas particulièrement favorables. Mais ce n'est pas en trois mois qu'on arrivera à un pareil résultat.

La guérison d'une tuberculose pulmonaire peu avancée, unilatérale, à tubercules conglomérés demande pour guérir deux ou trois ans de traitement ; dans les cas plus

avancés, il faudra plusieurs années de soins continus et le malade n'aura qu'à se considérer comme un éternel convalescent. Or le sanatorium allemand ne conserve ses malades que trois mois généralement, rarement plus. On ne guérit pas la tuberculose en trois mois comme le dit Grancher ; nous le verrons d'ailleurs en consultant les statistiques allemandes, qui, pour déguiser l'échec de l'entreprise, emploient le terme de guérison économique qui n'est qu'un tiers de guérison.

D'autre part, le sanatorium allemand rend sans transition les malades à leur ancien milieu, sauf dans certains établissements auxquels sont annexées des colonies agricoles. Souvent à leur sortie, ils sont réduits à un chômage prolongé ; quand les patrons apprenent qu'ils viennent du sanatorium, ils refusent de les embaucher malgré les assurances du médecin et les supplications des sociétés de bienfaisance qui s'occupent de leur placement ; ils préfèrent avoir des ouvriers valides et le côté humanitaire les laisse indifférents. Il faut alors penser au mécontentement de ces gens, replongés dans des conditions de misère antérieure avec des habitudes de paresse et de luxe en plus. Car par suite du chômage leur logement, leur nourriture ne sont pas mieux appropriés qu'avant leur admission au sanatorium. Ces mauvaises conditions morales et physiques agissent alors sur eux et en peu de temps effacent le résultat de tant d'efforts, de tant de sacrifices : la tuberculose reprend son évolution. La guérison économique, qu'ils présentaient à leur sortie, n'est qu'une amélioration, qui s'est effacée au premier retour de la misère.

Supposons maintenant que le malade aussitôt sorti du sanatorium, guéri économiquement, trouve du travail ; cet homme a un assez bel aspect, il a engraissé, mais souvent aux dépens de sa force musculaire ; qu'arrivera-t-il alors ; nous le verrons fondre rapidementdès les premières fatigues et, comme le dit Lemoine, le sanatorium ne donne au malade qu'une fausse santé. Il en sort en juin, gras, en état de santé apparente. Vers le mois de septembre sa graisse commence à fondre. En octobre il rechute ; en novembre il est de retour au sanatorium.

Certes, beaucoup de ces améliorations pourraient devenir durables, se transformer en guérison même, si la cure pouvait être prolongée. Mais les compagnies d'assurance allemandes ne peuvent faire ce sacrifice sous peine de ruine et de déficit.

Qu'a donc donné le sanatorium ? Il a reculé de quelques mois, d'un an, deux ans peut-être l'échéance fatale. Mais la capacité de travail est rarement revenue *ad integrum* ; la plupart du temps elle est partielle et même nulle. Cependant le sanatorium offre le maximum de garanties, le maximum de ressources ; mais on ne saurait lui demander plus de succès que la maladie n'en comporte. Le résultat obtenu sera forcément éphémère et piteux ; pour qu'il soit bon, il faudrait faire du malade un rentier. Les tuberculeux pauvres ne sont certainement pas tous incurables, mais chez eux, quand la tuberculose guérit, elle le fait toute seule et par les seuls efforts de la nature plus ou moins secondée par certaines influences.

Le rôle du sanatorium au point de vue thérapeutique est donc des plus douteux, subordonné la plupart du temps à l'évolution naturelle de la maladie et à la profession de l'individu.

Étudions maintenant son rôle prophylactique. Il est des plus restreints. Sans doute on y donne une bonne éducation hygiénique, une bonne discipline mais ce sont des avantages bien passagers après un séjour de trois mois. D'autre part, on n'y accepte pas n'importe quel malade : on ne garde que les sujets les plus curables, fermant la porte impitoyablement aux autres qui sont les plus dangereux pour la société et qui représentent plus des 9/10 des tuberculeux. M. Walter Rufenacht, auteur de livres intéressants sur les sanatoriums, déclare qu'il n'y a plus de 10 pour 100 de cas précoces et susceptibles d'être admis ; car les médecins allemands, cherchant avant tout à obtenir un résultat économique et brillant, destiné à justifier la valeur des sanatoriums auprès des compagnies d'assurance, font une sélection des plus sévères pour le recrutement de leurs malades.

Ils vont même jusqu'à renvoyer au cours du traitement ceux qui n'offrent que peu de chances de guérison et d'amélioration, et se gardent bien d'en parler dans leurs statistiques. Tous les tuberculeux avec fièvre chronique, caverne, infiltration tuberculeuse du lobe inférieur, ou avec des lésions s'étendant aux deux lobes supérieurs, les bacillaires atteints de diarrhée chronique, d'albuminurie, de diabète, ainsi que ceux qui présentent une affection laryngée ne sont pas admis.

Küss, directeur du sanatorium d'Angicourt, avoue lui aussi que les seuls malades qu'on peut recevoir au sanatorium sont des cas choisis avec beaucoup de soin. « Car, dit-il, les malades avancés discréditent le sanatorium; voyant leur état s'aggraver, ils se plaignent et sèment un mauvais esprit parmi les autres qui perdent la foi dans la cure et dans la guérison et si pour ces malades la proportion d'amélioration est de 58 0/0, l'aptitude au travail est très limitée, même après un traitement prolongé. »

Tous les cliniciens, même parmi ceux qui défendent le sanatorium, ne sont pas de cet avis. En Autriche, M. le professeur Schrœtter ; en France, le Dr Sersiron estiment que tous les malades ont également droit au meilleur traitement. Cette opinion est très louable au point de vue humanitaire ; il est difficile, d'autre part, dans beaucoup de circonstances de séparer les cas favorables de ceux qui ne le sont pas et malgré la valeur de certains moyens d'investigation qui permettent d'établir le pronostic, on n'en est jamais maître, d'une façon sûre. Des observations ont montré que la guérison des cavernes peut même se produire. Mais pratiquement on ne saurait compter sur un pareil résultat, qui est exceptionnel. Le sanatorium ne peut donc être accessible qu'aux malades dont la valeur économique représente un capital social au moins équivalent à la somme que coûtera leur guérison.

Enfin même en ne prenant que ces cas les plus bénins et les plus favorables dans un sanatorium, il faudrait se garder d'espérances exagérées et ne pas publier des

chiffres de guérison ridicules, guérisons qui ne tiennent pas. Il faudrait se remémorer les conditions sociales qui ont fait le sujet tuberculisable et qui l'attendent à sa sortie pour détruire les bienfaits de la cure ; il faudrait se dire que la tuberculose est et sera toujours une maladie très grave ; quiconque a été touché par elle, doit toujours trembler.

La lutte antituberculeuse qui vise la tuberculose dans ses manifestations, au lieu de l'attaquer dans ses causes, est irrationnelle et incomplète, car s'il est relativement facile de l'éviter, il est très difficile de la guérir.

Le sanatorium allemand est donc loin de répondre aux hautes espérances de ses organisateurs. Il ne peut empêcher ni l'évolution, ni la dissémination de la tuberculose dans la société. Il ne se justifie que par son côté humanitaire en tant qu'œuvre d'assistance publique et rien de plus. Son existence ne se comprendra économiquement qu'autant qu'elle sera précédée de mesures sociales changeant les conditions de vie du prolétaire, de mesures d'hygiène générale qui lui assureront l'air, la lumière ; de mesures sanitaires permettant au sanatorium de fonctionner avec fruit.

QUATRIEME PARTIE

Dès le début de la période d'engouement pour les sanatoriums qui suivit le Congrès de la tuberculose de Berlin en 1899, un certain nombre de cliniciens étrangers, entre autres M. Katz et le professeur Cornet de Vienne, et la plupart des observateurs français, citons MM. Brunon de Rouen, Lalesque de Bordeaux, MM. Lemoine et Carrière, MM. Albert Robin, Grancher, Courtois-Suffit, Claude, Savoire, Armaingaud manifestèrent une grande réserve et un certain scepticisme sur le rôle des sanatoriums et sur leurs résultats. Au congrès de 1905 les attaques furent très vives et poussées avec une grande habileté par MM. Courtois-Suffit et Laubry qui montrèrent qu'on ne devrait pas se laisser entraîner en France à suivre la conduite de l'Allemagne, d'autant plus que les tentatives réalisées dans ce pays sur une grande échelle et en France isolément n'ont pas été suivies de résultats immédiats ou éloignés capables de compenser au point de vue social les sacrifices énormes qu'ils imposent. Les statistiques sous de

beaux dehors cachent l'échec presque complet de la méthode. La mortalité de la tuberculose en Prusse n'a pas d'ailleurs été influencée par leur création. Le Dr Armaingaud de Bordeaux en étudiant, en effet, les statistiques prussiennes a pu constater que de 1886 à 1897, avant la réelle influence des sanatoriums, la mortalité tuberculeuse s'est abaissée de 29 0/0. De 1896 à 1906, aucontraire, pendant la période où ils se sont multipliés l'abaissement n'a été que de 22,5 0/0 et aujourd'hui, au lieu de diminuer, cette mortalité montre plutôt une légère tendance à augmenter.

Ce qui montre que la seule amélioration des mesures d'hygiène a réduit en dix ans de plus de moitié les ravages de la tuberculose et que la continuation de ces mesures dans les dix années qui suivent a suffi pour produire la décroissance d'ailleurs ralentie qui s'y observe.

Cornet de Vienne va jusqu'à dire que le mouvement en faveur des sanatoriums a été non seulement inutile, mais nuisible en éveillant l'espoir de vaincre facilement la tuberculose et en faisant négliger les voies et moyens de prophylaxie par l'accaparement des finances disponibles.

Passons maintenant à l'étude des résultats fournis par les sanatoriums.

M. le Dr Camille Savoire de Paris, chargé par le ministre du Commerce d'étudier le fonctionnement et les résultats des sanatoriums allemands, a publié en 1902 le compte rendu de son enquête.

Tous les malades, dont il est question dans les sta-

tistiques qu'il a pu vérifier, ont été l'objet d'une sélection sévère à leur entrée au sanatorium. Ont été refusés et renvoyés tous les sujets ayant de graves lésions et de pronostic douteux. Leur séjour a été d'au moins six semaines. Ils sont divisés en trois catégories suivant la méthode de Turban de Davos :

Premier degré. — Affection légère se manifestant par de la respiration rude s'étendant à un lobe ;

Deuxième degré. — Affection légère où la respiration rude s'étend à 2 lobes ;

Troisième degré. — Comprend les malades plus gravement atteints :

1° *Résultats immédiats.*

Dans le compte rendu annuel du sanatorium d'Altena pour les malades traités du 1er août 1900 au 1er juillet 1901 on trouve une statistique portant sur 371 malades qui se répartissent ainsi :

Malades du premier degré 207, soit 58,8 0/0.

Malades du deuxième degré 157, soit 42,3 0/0.

Malades du troisième degré 7, soit 1,9 0/0.

Les résultats du traitement ont été les suivants :

1° Pour les 207 malades du premier degré:

Le résultat a été complet chez 58, soit 28 0/0.

Le résultat a été partiel chez 144, soit 69 0/0.

Le résultat a été nul chez 5, soit 2,4 0/0.

2° Pour les 157 malades du deuxième degré :

Le résultat a été complet chez 2, soit 1,3 0/0.

Le résultat a été partiel chez 117, soit 74,5 0/0.

Le résultat a été nul chez 37, soit 23,6 0/0.

3° Pour les 7 malades du troisième degré il y a eu :

1 résultat complet, 3 résultats partiels et 4 résultats nuls.

En envisageant l'ensemble on trouve donc :

16 0/0 de résultats complets, 71 0/0 de résultats partiels, et enfin 12 0/0 de résultats nuls.

Dans ce même sanatorium 171 malades traités du 1er août 1901 au 31 décembre 1901 ont donné les résultats suivants :

Complets chez 18,7 0/0 des malades.

Partiels chez 73,7 0/0 des malades.

Nuls chez 7,6 0/0 des malades.

Le terme de résultat complet correspond à une capacité de travail se conservant longtemps sans interruption. Quant à celui de résultat partiel il indique une capacité de travail rétablie pour un temps plus ou moins long.

Dans les statistiques du sanatorium de Sulzhayn nous voyons qu'en 1898 on avait obtenu les résultats suivants :

Résultat complet chez 41 0/0 des malades.

Résultats douteux chez 14 0/0.

Résultat nul chez 45 0/0.

En 1899 on avait obtenu :

Un résultat complet chez 49 0/0.

Un résultat douteux chez 13 0/0.

Un résultat nul chez 67 0/0.

L'office impérial de santé depuis 1893 jusqu'en 1897 a eu à s'occuper de 1.541 malades, dont 6 sont morts pendant la cure.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

1° Malades peu atteints dont les lésions ont disparu 239, soit 15,5 0/0 ;

2° Malades peu atteints dont les lésions persistent 237, soit 15,4 0/0 ;

3° Malades à lésions prononcées, ayant beaucoup diminué 657, soit 42,6 0/0 ;

4° Malades à lésions prononcées restées telles 215, soit 13,9 0/0 ;

5° Malades dont les lésions ont progressé, 101 soit 6,6 0/0.

6° Malades morts 6, soit 0,4 0/0 ;

7° Résultats indéterminés 87, soit 5,6 0/0.

Quant à la capacité de travail elle était pleine chez 318, soit 10 0/0; partielle chez 239, soit 15,3 0/0; nulle chez 111, soit 7,2 0/0; entière mais peu assurée chez 789, soit 51,2 0/0 ; mal déterminée dans 82 cas, soit 5,3 0/0.

D'après ces quelques statistiques nous voyons que les sanatoriums allemands ne donnent pas plus de 12 à 18 0/0 de guérisons. Ce résultat serait certainement très bon, si nous avoins affaire à des guérisons définitives, mais ce ne sont que des guérisons économiques, c'est-à-dire que l'invidu considéré comme guéri est susceptible de fournir un travail lui assurant un gain journalier égal au tiers du salaire moyen de la localité. Pour ce même résultat que d'argent dépensé, et il faudra peut-être recommencer au bout de six mois. Il serait en effet intéressant de savoir aussi ce que deviennent au bout de quelques années ces malades guéris économiquement.

Sur les 193 malades reconnus guéris à leur sortie du

sanatorium d'Altena et soignés dans la période du 1er août 1898 au 1er juillet 1899 :

158 furent l'objet d'un contrôle en août 1901 et parmi eux 102, soit 65 0/0 étaient capables de travailler.

14, soit 9 0/0 étaient incapables de travailler.

41, soit 26 0/0 étaient morts.

Une deuxième cure avait été faite pour 11 malades.

Au sanatorium de Sulzhayn sur les 105 malades sortis guéris après avoir reçu des soins en 1898, au 1er janvier 1900 :

43, soit 41 0/0 avaient travaillé sans interruption.

15, soit 14 0/0 avaient donné des résultats douteux.

24, soit 23 0/0 avaient donné des résultats insignifiants et parmi eux 12 étaient morts.

23, soit 22 0/0 n'avaient donné que des résultats nuls et sur ces 23,7 étaient morts. En résumé, sur 105 malades au bout de deux ans considérés comme guéris le résultat subsistait chez 58, soit 55 0 0 ; il était annulé chez 47, soit 49 0 0 ; dont 19 décédèrent.

Dans une statistique de l'*Office de l'Empire* portant sur 1.600 malades classés suivant la méthode de Turban, nous trouvons 424 malades au premier degré dont 24 sont morts dans un délai de six à dix-huit mois, 40 étaient incapables de travailler, 29 étaient de temps à autre aptes au travail, 331 étaient aptes au travail. Au milieu de la troisième année les trois quarts pouvaient fournir un travail suivi ; an bout de quatre ans, la moitié.

Quant aux malades du deuxième degré, au bout de trente mois le pourcentage des décès et des incapacités

de travail l'emportait. Pour les malades du troisième degré sur 51 libérés, il en restait 6 vivants au bout de trois ans et 1 après quatre ans.

Nous voyons de même dans un rapport du professeur Fraenkel que si 72 0/0 des hospitalisés de Beelitz sortent améliorés ou guéris économiquement, au bout de trois ans il ne reste plus que 29 0/0 de ces malades.

Dans les statistiques officielles des compagnies d'assurance on voit également que si la capacité de travail est rétablie chez 72 0/0, elle persiste chez 44 à 48 0/0 pendant un an, 30 à 41 0/0 pendant deux ans, 30 0/0 pendant trois ans, et 27 0/0 pendant quatre ans, au bout de cinq ans elle est de 15 à 20 0/0.

Si nous consultons des statistiques plus récentes, nous arrivons à des résultats analogues. Dans la statistique du Dr Ott du sanatorium de Grünewald portant sur 11.704 malades de tous les pays, la moyenne des guérisons économiques est de 14 0/0, chiffre qui se réduit à 5 0/0 au bout de quatre ans.

Dans la statistique d'Engelmann qui porte sur 49 sanatoriums d'Allemagne, la guérison a été observée dans 7,40 0/0 des cas, une amélioration notable dans 88 0/0 des cas ; la capacité de travail était complète chez 67 0/0 des malades, partielle chez 15 0/0, nulle chez 11 0/0.

Malheureusement si les résultats immédiats sont bons, il n'en est pas de même des résultats éloignés, car au bout de quatre ans il y a 80 0/0 de décès et d'incapacité de travail. Et pourtant, nous dit M. Katz, c'étaient des malades au premier degré offrant les meilleures chances de guérison. De plus, de l'aveu d'Engelmann,

parmi ces malades il se trouvait nombre de non-tuberculeux, il n'y a rien d'étonnant dans de pareilles conditions que 88 0/0 des malades soient complètement remis après un repos de trois mois.

M. Albert Robin a personnellement suivi 35 tuberculeux soignés au sanatorium dès le début de leur maladie, renvoyés guéris et ayant repris leur travail habituel. Sur ce nombre 11 avaient dû cesser le travail entre trois et huit mois, 9 de huit à douze mois, 7 de douze à quatorze mois, 2 après seize mois, 1 après dix-huit mois. Des 35 soi-disant guéris 5 seulement travaillent au bout de dix-huit mois ; des 30 autres 2 sont morts et sur ceux qui restent 12 pourront après traitement de leur rechute retourner à l'atelier.

Dans la statistique de Küss d'Angicourt publiée en 1906 les résultats sont cependant meilleurs ; il est vrai que les malades ont été gardés beaucoup plus longtemps que dans les sanatoriums allemands. Aussi trouvons-nous 88 0/0 d'améliorations pour les formes bénignes au bout de trois ans après sortie ; 50 0/0 sont en bon état, 30 0/0 paraissent guéris, 10 0/0 sont décédés. Pour les formes semi-bénignes au bout de quatre ans 30 0/0 sont encore dans un état satisfaisant, 10 0/0 en mauvais état ; 45 0/0 décédés. Quant aux formes graves 10 0/0 environ sont améliorés et au bout de quatre ans il y a 70 0/0 de décès, 30 0/0 de capacité de travail, 6 0/0 d'état satisfaisant.

Nous pourrions citer une foule d'autres statistiques qui donnent des résultats du même genre, mais dans la plupart on trouve une absence regrettable d'indications

sur l'état des malades à l'entrée, de sorte qu'il est à supposer que dans bien des cas le diagnostic est douteux et que souvent on reçoit au sanatorium des anémiques et des débiles ; et nous sommes de l'avis de Katz en disant que dans de pareilles conditions il n'y a pas lieu de s'étonner de voir 50 0/0 88 et même 93 0/0 de guérisons ou d'améliorations. Si on avait l'intention de prouver l'incertitude du diagnostic, il serait impossible de le faire plus clairement qu'en maintenant de pareils chiffres, car tous les malades à diagnostic douteux viennent contribuer à corser les statistiques.

Si on a fait beaucoup de bruits autour de certaines au sujet de cas de guérisons merveilleuses, en somme les résultats en sont fort critiquables, et il faut savoir les interpréter.

Tout d'abord, comme nous venons de le voir, il y entre beaucoup de malades non tuberculeux ; ensuite quand au cours du traitement l'état d'un sujet s'aggrave, on s'empresse de l'évacuer et on se garde de citer cet échec dans la statistique. Enfin il est impossible dans beaucoup de cas de juger de l'état d'un malade d'après sa capacité de travail. L'aptitude au travail peut se voir et persister longtemps chez des sujets atteints de lésions graves. Il est très fréquent en effet de voir des tuberculeux même avec des cavernes travailler par intermittence et même d'une façon continue pendant des mois et parfois des années. Ils séjournent de temps en temps à l'hôpital où ils reprennent des forces, et où ils se reposent, puis ils se remettent au travail avec un courage héroïque. Ils font tous leurs efforts pour ne pas inter-

rompre leur tâche journalière, car ils savent que s'ils s'arrêtent ils perdent leur place et c'est la misère pour eux et pour leur famille. On en voit tous les jours de ces malheureux aux consultations des hôpitaux et des dispensaires. Faudrait-il en conclure parce qu'ils travaillent qu'ils sont guéris; ce serait se tromper grossièrement, car pendant ce temps les lésions augmentent sourdement et finissent par aboutir à l'arrêt complet du malade.

D'autre part, quand dans les statistiques nous entendons parler de guérisons définitives, il est à supposer que dans bien des cas on est induit en erreur par une rémission spontanée, une accalmie parfois très longue qui peut arrêter même dans sa marche une tuberculose à allure destructive et qui survient sans qu'on s'y attende et souvent sans qu'on puisse s'expliquer sa cause. Cette accalmie peut persister plusieurs années ; les signes physiques sont presque nuls, on pense alors qu'on est en présence d'une guérison jusqu'au moment où une affection intercurrente ou une cause quelconque d'affaiblissement de l'organisme vienne réveiller la tuberculose qui couvait. Certes on a dit et on se plaît à dire que la tuberculose est la plus curable des maladies chroniques mais il ne faut pas tomber non plus dans un optimisme exagéré. Aussi, sans considérer comme perdu tout malade atteint de cette affection, nous avons peine à croire aux chiffres de 30 à 40 0/0 de guérisons que nous trouvons dans certaines statistiques qui paraissent pourtant des moins sujettes à caution.

Enfin si véritablement 20 ou 30 0/0 des malades dans

les cas favorables guérissent au sanatorium on se garde bien de dire combien de ces 20 à 30 0/0 de ces mêmes malades eussent été guéris par un traitement quelconque ou même sans traitement et nous ne pouvons pas nous empêcher de penser à ce que dit Lemoine à l'Académie de médecine le 30 avril 1901 : « Les statistiques des sanatoriums sont ce qu'on veut les faire. Sans doute parmi les promoteurs des sanatoriums il en est de désintéressés, ne recherchant que la réalisation d'un but philanthropique ; mais à côté d'eux combien se mettent à la tête du mouvement inspiré par des intérêts personnels ; l'un est fasciné par la perspective d'un ruban, l'autre par l'attrait du gain, un autre par le désir de s'attirer une clientèle alléchée par le bruit qui se fait autour de sa personnalité.

CINQUIÈME PARTIE

Nous avons vu que grâce au sanatorium populaire l'ouvrier tuberculeux pourra se prolonger quelque temps mais quand il succombera,la société pourra faire le bilan de ce qu'il lui aura coûté et de ce qu'il aura rapporté à la collectivité : le capital dépensé aura été considérable, le bénéfice économique minime, quant au bénéfice social en tant que défense contre la tuberculose il est nul. Les sanatoriums ne justifient donc pas les sommes énormes qu'on a dépensées pour leur édification et leur installation en Allemagne et ce serait une folie désastreuse en France de suivre ce mouvement.

Si l'on se ralliait à l'opinion allemande il faudrait construire assez de sanatoriums pour hospitaliser tous les tuberculeux susceptibles de donner un résultat favorable. Si, d'après Lowenthal nous comptons qu'il y a actuellement en France de 500.000 à 1 million de tuberculeux sur ce chiffre on peut dire qu'en moyenne il en est 150.000 justiciables d'une cure au sanatorium. En admettant que celle-ci dure quatre mois, nous dit

M. Albert Robin, il faudra pour les recevoir 83.000 lits soit 332 sanatoriums de 250 lits. Or d'après Pauwitz de Charlottenbourg la valeur moyenne de chacun de ces lits est de 6.500 à 6.900 frans pour les sanatoriums de plaine ; pour les établissements de montagne il faut compter sur une dépense de 9.000 à 10.000 francs par lit. Landouzy et Guinard de Bligny dont la compétence fait autorité en la matière affirment qu'un sanatorium populaire peut être édifié à raison de 5.000 à 6.000 francs par lit. C'est peu car la plupart des sanatoriums populaires français et étrangers sont revenus de 10.000 à 12.000 et même 14.000 francs.

En prenant le chiffre de 6.000 francs comme terme moyen, pour édifier les 332 sanatoriums nécessaires de 250 lits chaque,il faudrait faire une dépense immédiate de plus de 498 millions, mettons 500 millions. Les frais d'entretien montant de 3 à 5 francs par jour, il faudrait compter pour l'entretien annuel de 1.500 à 1.600 francs en moyenne par lit, ce qui ferait pour 83.000 lits 132.800.000 francs. En additionnant les chiffres représentant les frais d'entretien et d'installation on arrive pour la première année à dépenser plus de 632 millions. Le chiffre est respectable, mais ce n'est pas tout, la société aura d'autres charges à supporter, il faut compter l'entretien des autres hôpitaux pour les tuberculeux avancés ; il faudra songer aussi que le malade envoyé du sanatorium refusera d'y rester trois mois s'il est tourmenté par l'idée de sa famille miséreuse et désorganisée par la perte de son gagne-pain ; en second lieu il hésitera beaucoup à y entrer.

Il faudra donc faire comme en Allemagne assister cette famille. Or, dans ce pays les caisses d'assurances la prennent à leur charge pendant que les caisses d'invalidité paient les frais de traitement. La femme reçoit environ 1 mark par jour, secours qui serait tout à fait insuffisant s'il n'était doublé et même triplé suivant le nombre des enfants par les sociétés de bienfaisance. Si en France nous suivons cet exemple, il nous faudra apporter une première mise de fond considérable qui ne peut pas se monter à moins de 1 milliard en comptant tous les frais: intallation, entretien, secours, etc.

L'Allemagne, il faut l'avouer, était armée pour réaliser une pareille entreprise ; elle disposait de sommes considérables fournies par les caisses d'assurance qu par leur puissante organisation et leur union parfaite ont pu rapidement apporter les sommes d'argent nécessaires et généraliser rapidement le système adopté. En France il serait presque impossible de réaliser un pareil problème ; les budgets des communes, des départements, et de l'assistance publique sont grevés de trop de dépenses pour pouvoir ouvrir de nouveaux crédits ; de plus les législateurs n'ont pas eu le souci d'obliger les individus des classes pauvres à se défendre par leurs propres forces, contre la maladie et la misère ; et les mutualités se mettraient difficilement d'accord pour se grouper, s'unir dans un effort commun pour traiter d'une façon rationnelle les tuberculeux qui leur sont à charge. Enfin la bienfaisance privée à qui l'on doit beaucoup, a donné, croyons-nous, tout ce qu'elle peut donner.

La réalisation matérielle de la cure par le sanatorium serait donc difficile en France, et nous pensons que les fonds que l'on pourrait réaliser dans ce but trouveraient un bien meilleur emploi en s'attaquant aux causes de la tuberculose, l'insalubrité des logements, le surmenage et l'alcoolisme et nous sommes de l'avis de Lemoine et Carrière de Lille en disant que: Mieux vaudrait, au lieu d'édifier des palais pour abriter les tuberculeux pauvres quand ils sont malades, qu'on leur procurât des logements plus sains et plus spacieux. Il y a une contradiction choquante, un illogisme criant à paraître vouloir tout faire pour soigner des indigents tuberculeux et à ne vouloir rien faire pour les empêcher de le devenir, car il vaut mieux prévenir que guérir, c'est une vérité absolue et d'une application universelle.

SIXIÈME PARTIE

Le sanatorium n'est pas une panacée, a dit M. Albert Robin, la cure d'air, de repos et d'alimentation raisonnée peut en effet se faire partout. Les malades aisés la feront chez eux ou à la campagne ; les pauvres la suivront à l'hôpital dans des salles spécialement aménagées et isolées ou dans des logements rendus plus salubres ou dans des pavillons suburbains sous la surveillance des médecins des dispensaires auxquels ils sont rattachés.

Pour organiser un sanatorium il n'est pas nécessaire de construire un bâtiment spécial ; un sanatorium est créé par cela même qu'un abri au grand air est donné aux malades et qu'une discipline spéciale leur est imposée. Les malades indigents peuvent ainsi trouver une grande amélioration ou la guérison même dans n'importe quel bâtiment bien aéré et bien éclairé non seulement à la campagne mais à la ville. Il n'est même pas besoin d'hôpitaux spéciaux. Avec l'aide de l'assistance médicale gratuite, et des bureaux de bienfaisance

chacun peut faire chez soi avec presque autant de profit son home-sanatorium. La plupart des médecins américains au dernier congrès de New-York ont été de cet avis ; il faut soigner le malade chez lui. Cependant pour les gens à volonté faible et à énergie insuffisante ainsi que pour ceux qui vivent seuls, les sanatoriums de fortune, les day-camps et les hôpitaux munis de salles spéciales pourront rendre de grands services.

Des tentatives heureuses ont été faites en France dans des hôpitaux qui avaient une situation et une organisation qui s'y prêtaient. Malheureusement beaucoup d'hôpitaux de grandes villes et presque tous les hôpitaux de Paris sont aménagés d'une façon déplorable. Les administrations hospitalières ne s'occupent pas assez d'hygiène publique et dans leurs établissements les exigences de la salubrité y sont souvent méconnues ; d'autre part beaucoup de villes font construire à grands frais de magnifiques écoles, de beaux musées et négligent totalement d'améliorer les services hospitaliers. Il faudrait que l'assistance publique réalise d'une façon convenable des salles pour l'isolement des tuberculeux En fournissant à ces malades un régime un peu plus varié qu'aux autres et aussi en les plaçant dans de meilleures conditions au point de l'aération et de l'exposition à la lumière ; on pourrait ainsi obtenir d'excellents résultats, je ne dis pas meilleurs qu'au sanatorium, mais du moins aussi bons et à moins de frais.

C'est ce que l'Angleterre a fait dans ses hôpitaux d'isolement pour les tuberculeux, et nous relevons une statistique intéressante qui a été publiée par un méde-

cin du Brompton Hospital et portant sur 103 malades.

On a noté 10,6 0/0 d'améliorations très notables;
18,5 0/0 d'améliorations notables;
15,5 0/0 d'état stationnaire ;
35,7 0/0 d'améliorations ;
13,6 0/0 d'aggravations ;
5,5 0/0 de décès.

et pourtant cette statistique porte sur des tuberculeux avérés et gravement atteints.

En France, les Drs Frottier au Havre, Oulmont, Dreyfus-Brissac, Barth, Mathieu à Paris et dans des conditions meilleures M. Letulle à Boucicaut, ont obtenu des résultats encourageants.

D'après ce que dit M. Letulle, les tuberculeux même avancés dans son service de Boucicaut, retirent de grands bénéfices du séjour qu'ils y ont fait. Beaucoup de malades ont vu disparaître la fièvre, augmenter leur appétit, accroître leur poids. Ces résultats méritent d'être connus car en face des fatalités de la vie imposées aux indigents tuberculeux tout effort est méritoire, qui tâche de leur fournir dans les meilleures conditions, les éléments de la cure hygiéno-diététique. L'air est certainement, dans les hôpitaux placés à l'intérieur des villes, moins pur qu'au sanatorium ; l'alimentation est loin d'être aussi variée ; cependant malgré ces circonstances non favorisantes on peut arriver à obtenir des résultats qui se rapprochent de ceux qu'on obtient au sanatorium.

Nous avons pu rechercher à Nantes les traces de 124 malades qui ont été soignés pendant ces trois der-

nières années à l'Hôtel-Dieu de cette ville, soit dans le service de M. le Dr Recigneul, soit dans celui ce M. le Dr U. Monnier qui ont chacun la direction d'une salle reservée aux tuberculeux hommes. L'une d'elles est aménagée spécialement pour cela. Les 2/3 de ces 124 malades étaient des tuberculeux gravement atteints, 70 à 80 0/0 étaient des alcooliques avérés. Enfin beaucoup exerçaient le métier de docker qui est très pénible, expose au surmenage et pousse à l'éthylisme.

Les dockers ne travaillent pas cependant d'une façon continue mais ils sont obligés à certaines époques de peiner beaucoup pour décharger les navires qui arrivent nuit et jour et par quelque temps qu'il fasse. Aussi courent-ils toutes sortes de risques de maladie et sont-ils exposés beaucoup plus que dans les autres professions. Ce sont eux d'ailleurs qui fournissent le plus de mortalité et d'incapacité de travail. Malgré tout nous en avons trouvé un certain nombre qui avaient présenté des manifestations tuberculeuses 10, 12, 15 et même dans un cas 20 ans auparavant. Après un traitement plus ou moins long ils avaient travaillé sans interruption, les uns ne se plaignant de rien et se croyant guéris, d'autres au contraire avaient à la suite de surmenage vu reparaître quelques accidents.

Sur ces 124 malades 50 eussent été justifiables du sanatorium, quant aux 74 autres, 54 étaient à la deuxième et à la troisième période, 20 à la quatrième période.

Les résultats immédiats ont été bons après un traitement de un à six mois et plus.

Sur les 50 malades atteints d'une façon légère il y a

eu 41 améliorations et 9 aggravations ; pour les 54 malades aux deuxième et troisième périodes il y a eu 37 améliorations et 17 aggravations ; quant aux 20 malades à la quatrième période 9 ont été améliorés et 19 ont vu leur état s'aggraver.

La capacité de travail pour les malades améliorés de la première catégorie existait chez 19 presque totale, elle était très réduite chez 9 et nulle chez les autres ; pour les malades de la deuxième catégorie la capacité de travail à la sortie était complète chez 16, partielle chez 12, nulle chez les autres. Quant aux malades de la troisième catégorie la capacité de travail était complète chez 3, partielle chez 5 ; nulle chez les autres.

Sur l'ensemble des malades, 15 sont morts au bout de six mois à un an, 17 après un an, 12 de deux ans à trois ans, 10 après trois ans. Ces décès se répartissent ainsi : 20 malades de la première catégorie, 24 malades de la deuxième catégorie, 14 malades de la troisième catégorie.

Cette statistique quoique loin d'être comparable à elles que fournissent les sanatoriums montre qu'on peut tirer quelque parti des maigres ressources d'un hôpital. On peut ainsi sauver quelques malades et prolonger leur capacité de travail un certain temps. Presque tous ceux que nous avons vus ont été améliorés plus ou moins, mais chez tous à part quelques malades au premier degré les lésions n'ont pas rétrogradé.

En somme nous avons pu constater qu'il est fort difficile de guérir une tuberculose un peu avancée dans les classes populaires. Une fois que le bacille s'est bien

implanté dans un organisme, qu'on envoie le malade à l'hôpital, qu'on l'envoie au sanatorium les résultats ne diffèrent pas beaucoup. La tuberculose peut s'arrêter spontanément dans certains cas pendant des années et faire croire à une guérison. Et cependant même dans ces cas favorables il faut se garder d'être trop optimiste et réserver son pronostic. Pour la majorité des malades la phtisie suit une marche que rien ne peut arrêter, tant le terrain est miné par la misère, le surmenage et les excès alcooliques.

Nous avons vu plus haut qu'au dernier congrès de la tuberculose de New-York 1908 beaucoup de médecins américains ont été d'avis que la plupart des ouvriers malades pourraient et devraient être soignés à domicile, à part ceux qui n'ont pas de famille et les incurables auxquels l'hôpital serait réservé. Grâce à une active et intelligente surveillance médicale on pourrait arranger d'une façon hygiénique et systématique la vie des malades et les soigner efficacement. Aussi le dispensaire qui réalise toutes les indications de ce traitement à domicile est-il un des meilleurs moyens médicaux qui entrent en ligne dans la lutte antituberculeuse. Mais il ne suffit pas de donner des conseils aux indigents tuberculeux, il faut souvent leur fournir le moyen de se soigner. Aussi les dispensaires de consultation qui ne sont destinés qu'à donner des conseils et à distribuer les quelques médicaments nécessaires sont-ils insuffisants. C'est pourquoi Calmette proposa en 1899 un dispensaire modèle qu'il a réalisé depuis et qu'on a adopté dans beaucoup de pays et dans un certain nombre de

villes de France. La principale mission de cet établissement n'est pas de donner des consultations ou de distribuer des médicaments aux malades pauvres ce qui est le rôle des bureaux de bienfaisance ; c'est de rechercher d'attirer et de retenir par une propagande habilement conduite dans les milieux populaires les ouvriers atteints ou suspects de tuberculose ; c'est de leur donner aussi souvent et aussi longtemps qu'ils en auront besoin des conseils pour leur famille et pour eux ; c'est de leur distribuer en cas de cessation de travail des secours alimentaires, des vêtements, de la literie, des crachoirs de poche, des antiseptiques pour assainir leur logement par des nettoyages fréquents et des désinfections à intervalles réguliers. C'est de leur procurer au besoin un logement plus salubre, de blanchir leur linge pour éviter la contagion dans la famille et hors de la famille ; enfin de faire toutes les démarches utiles auprès de la bienfaisance privée, auprès des patrons pour obtenir des secours qui permettront de rétablir le malade s'il n'est pas trop gravement atteint.

Un tel dispensaire antituberculeux assistant 100 familles par jour dépenserait en frais d'assistance une somme de 4.500 francs par mois auxquels il faudrait ajouter 1.500 francs de frais généraux soit au total 6.000 francs par mois et 72.000 francs par an. Avec un pareil budget on réussit par les moyens les plus simples et les plus pratiques à organiser aussi efficacement que possible la lutte antituberculeuse. Le dispensaire est en effet à la fois un instrument de cure et de prophylaxie et il a l'avantage sur le sanatorium de

coûter beaucoup moins cher et s'appliquer à n'importe quels malades. Il ne guérira certainement pas un grand nombre de tuberculeux, mais en leur donnant les moyens d'éviter la misère et de vivre dans des conditions hygiéniques meilleures il leur permettra de résister plus longtemps en leur procurant un peu de bien-être et de repos. Cela s'applique aux malades peu gravement atteints ; pour ceux dont la capacité de travail est totalement perdue, il les assistera et leur procurera les moyens d'achever leur existence sans nuire à leur entourage et sans semer la contagion et la misère autour d'eux.

Le dispensaire en répondant ainsi à toutes les exigences et nécessités de la lutte contre la tuberculose a donné entre certaines mains des résultats notables et dans une étude qu'a faite sur elle le professeur Fritz Egger de Bâle on constate que les dispensaires ont une première mortalité plus grande, mais au bout de quelque temps ils ont la même mortalité que les sanatoriums, ce qui s'explique par le fait que les malades à la sortie de ces derniers établissements ont perdu l'habitude de travailler, et tout entraînement. Aussi fondent-ils à vue d'œil, ce qui n'est pas pour les malades soignés chez eux dont la plupart continuent leurs occupations.

A Lille en février 1901 s'ouvrait le dispensaire antituberculeux Émile Roux, presque simultanément un autre fut ouvert à Paris.

A Nantes un établissement de ce genre a été créé grâce au secours d'un grand industriel philanthrope en

1902 ; depuis à Marseille, à Bordeaux, Lyon, le Havre, Poitiers se sont formés des établissements du même type qui ont rendu et qui rendront d'immenses services.

Le système est certainement moins brillant, mais il est plus économique et plus accessible à tous et aussi bienfaisant que le système des sanatoriums allemands.

Dans les rapports sur le fonctionnement du dispensaire antituberculeux de Nantes, qu'a bien voulu nous transmettre M. le Dr Bécigneul, directeur de cet établissement, nous avons pu constater que les premières années de son fonctionnement ont été suivies d'une diminution de la mortalité par tuberculose à Nantes. Celle-ci est tombée de 620 en 1900, à 549 en 1903. Malheureusement ces résultats ne se sont pas maintenus et la mortalité a augmenté à nouveau ; cela est certainement dû à ce que l'assainissement des maisons à Nantes est fort négligé, surtout de celles occupées par la moitié des habitués du dispensaire qui devraient être démolies, sans quoi, tous les efforts tentés seront absolument inutiles. Nous avons eu l'occasion à différentes reprises de visiter des malades dans certains quartiers pauvres de Nantes ; nous en avons gardé une impression profonde d'écœurement et de découragement. C'est en vain qu'on tentera la guérison des malades pauvres, qu'on se donnera tant de peine, qu'on fera tant de sacrifices pour les hospitaliser si on n'abat ces immeubles immondes qui propagent et entretiennent la tuberculose.

C'est pourquoi nous sommes d'avis qu'il faut porter tous nos efforts vers la mise en pratique sérieuse et

énergique du traitement prophylactique qui jusqu'ici avait été presque toujours laissé dans l'ombre ; c'est lui qui domine le problème de la lutte antituberculeuse car il est plus facile d'empêcher un individu de devenir phtisique que de le guérir et comme dit Lemoine : « Que la charité publique s'exerce en faveur des bureaux de bienfaisance ou des dispensaires pour permettre aux familles ouvrières de se loger plus confortablement et elle aura fait plus contre la tuberculose qu'en se lançant dans des spéculations douteuses. Les victoires du sanatorium dont on parle tant seront des victoires sans lendemain, parce qu'à la sortie du sanatorium l'ouvrier ira reprendre sa place dans son atelier à l'air confiné, dans son logis malsain et surpeuplé, enfin parce qu'il ira rejoindre ses compagnons d'alcoolisme. »

SEPTIÈME PARTIE

La vraie lutte contre la tuberculose c'est celle que l'on fera à ses trois facteurs principaux : L'insalubrité des logements et le surpeuplement, l'alcoolisme et le surmenage. L'insalubrité des logements et le surpeuplement parce qu'ils diminuent ou vicient pour chaque individu le cube d'air respirable et multiplient les risques de contagion; le surmenage parce qu'il demande à notre organisme plus qu'il ne peut donner ; l'alcoolisme parce que cette intoxication s'attaque à la vie même de la cellule et mène tout droit et sûrement à la déchéance vitale.

1° *Logements insalubres et surpeuplement.*

Personne ne songe à nier l'influence néfaste des vieilles maisons situées dans des rues sales et sans lumière. Ce n'est pas cependant toujours dans les rues les plus sales et les plus étroites que la tuberculose fait le plus de ravages. C'est le plus souvent dans les mai-

sons-casernes que sont ses plus nombreuses victimes à cause du surpeuplement qui résulte de la cherté des loyers.

Alors qu'à Paris il meurt 1 personne sur 5 de tuberculose, à Londres il en meurt 1 sur 10. Et pourtant on ne peut dire que la lutte pour la vie soit moins ardente à Londres qu'à Paris, que les conditions de vie et de climats y soient moins difficiles. Le problème est inexplicable si l'on ne songe que pour une population double Londres occupe une surface au moins quintuple de celle de Paris.

Au lieu de bâtir étage sur étage on bâtit maison à côté de maison de façon que les habitants reçoivent une quantité d'air respirable supérieure. De plus chaque demeure à Londres renferme en moyenne de 7 à 8 personnes, nous sommes loin des caravansérails parisiens qui suivant le mot de Lemoine de Lille sont la solution anthi-ygiénique et inhumaine du problème posé par un capitaliste assoiffé de lucre. D'après M. Bertillon on doit compter comme surpeuplé tout logement où le nombre de personnes qui y couchent est supérieur à deux fois le nombre des pièces. D'une manière générale la plupart des logements ouvriers sont insalubres à la fois par leur mode de construction qui leur mesure l'air, la lumière et le soleil mais avant tout par leur encombrement et leur malpropreté. Il n'est pas rare en effet de voir une famille entière loger dans une chambre unique, mal aérée. On y cuisine, on y mange, on y dort; les malades y toussent et y crachent et y contaminent les autres membres. C'est ce qui explique l'influence

énorme de la tuberculose familiale pour les jeunes gens de 20 ans. M. Boureille et plus tard M. Lemoine ayant recherché les circonstances qui ont préludé au développement de la phtisie chez eux, ont été frappés du très grand nombre qui,enfants,non seulement habitaient le même logement mais couchaient dans la même pièce que des bacillaires. Sur 165 cas de tuberculose pulmonaire 490/0 des malades ont cohabité plusieurs années avec des tuberculeux ; 37 0/0 couchaient dans la même chambre 8 0/0 dans le même lit, 12 0/0 vivaient dans une chambre, différente. Ces chiffres montrent que les chances de contamination sont réduites quand les membres sains d'une famille ne couchent pas dans la même chambre ou le même lit que les malades. On doit donc isoler le tuberculeux qui se soigne chez lui dans une chambre à part ; si elle n'existe pas le dispensaire pourrait donner les ressources nécessaires pour louer une chambre de plus.

Mais il n'y a que pas les maisons ouvrières qui soient insalubres, ce sont aussi les ateliers. Si nous prenons en effet la grande industrie dans la plupart des cas l'ouvrier travaille dans des conditions essentiellement mauvaises, les ateliers sont mal aérés, mal éclairés, chargés de poussières de toute nature. Aussi le travail industriel agit d'une façon désastreuse sur le fonctionnement de l'organisme. Ce qui est vrai pour la grande industrie est vrai pour la petite industrie qui elle est caractérisée non seulement par la négligence des mesures hygiéniques mais aussi par le salaire très bas et la longue durée du travail d'où surmenage, misère et déchéance.

Les Anglais sont certainement le peuple qui a le mieux compris toute l'importance de ce facteur de la tuberculose, le surpeuplement et l'insalubrité des logements.

Dès 1836, nous a dit Brouardel, la législation intervint pour favoriser les associations qui se chargeaient de construire des maisons salubres pour ouvriers. Les Building societies sont des caisses d'épargne qui procurent des maisons à leurs membres.

The labouring classes lodging house acts (1851-1866-1867) forment un ensemble de lois qui stimulent les paroisses et les municipalités des villes de plus de 10.000 habitants à construire des maisons salubres.

The acts for the removals of nuisances (1855-1866-1874) accordent aux autorités locales le droit d'inspection des maisons ouvrières et fixent les amendes pour contravention aux lois et aux règlements.

The artisan's divellings acts (1868-1882) ont pour but la réparation et la démolition des maisons insalubres ; ils permettent de supprimer les bâtiments obstructeurs ceux qui enlèvent l'air et le jour à d'autres maisons et empêchent la ventilation.

The artisan's and labourer's divellings improvments acts (1875-1882) obligent les municipalités à démolir les logements insalubres et à fournir une demeure aux personnes qui par suite de cette mesure se trouveraient sans abri.

Les dépenses faites pour réaliser ces mesures d'hygiène pendant quinze ans, de 1875 à 1890 s'élevèrent à plus de 3 milliards.

C'est ainsi que sous la direction du Local Government

Board disparurent les maisons sordides et sans air où végétait toute une population de tuberculeux. Les efforts n'ont pas été vains, la mortalité par tuberculose en Angleterre depuis 1851 a diminué de 40 0/0. C'est la plus forte diminution constatée dans le monde civilisé. Et pourtant l'Angleterre semble dédaigner les sanatoriums populaires ; elle en a fort peu. Elle se contente de la prophylaxie.

En France que faisons-nous à ce point de vue ? Il est à se demander à quoi servent les maires et les municipalités de beaucoup de villes de France. Les mesures sanitaires dont ceux-ci doivent s'occuper dans chaque ville sont souvent négligées.

C'est le cas pour les prescriptions destinées à assurer la salubrité des maisons, des logements loués en garnis et des autres agglomérations. Nous en avons eu des preuves flagrantes en visitant certains taudis à Nantes.

Quant aux comités d'hygiène leurs décisions sont trop souvent platoniques. On devrait organiser un véritable ministère d'hygiène analogue au Local Government Board, donnant des ordres ayant force de lois et applicables au même titre, sauf quand le Parlement doit les sanctionner. Car il faut bien l'avouer ces comités d'hygiène ne rencontrent pas dans les pouvoirs publics et surtout dans l'opinion l'appui nécessaire et indispensable.

Cependant quelques hommes courageux auxquels il faut rendre hommage ont mené une campagne active pour la création de maisons ouvrières salubres ; citons MM. Picot, Cheysson, Siegfried, Gouin et plusieurs au-

tres ; mais les résultats obtenus sont loin d'égaler ceux de l'Angleterre.

Si on estime la valeur des maisons en France à 50 ou 60 milliards, les diverses sociétés pour la construction des maisons à bon marché ne représentent qu'une valeur de 9 millions.

Nous avons donc beaucoup à faire. Il faudra en outre empêcher de toutes façons l'élévation excessive des habitations ; il faudra s'opposer à la disparition des jardins et des espaces libres qui sont les poumons d'une ville ; enfin il faudra forcer les industriels à construire leurs usines en dehors des villes et dans des conditions hygiéniques convenables.

2°. *L'alcoolisme comme facteur de tuberculose.*

L'alcoolisme, a dit Landouzy, fait le lit de la tuberculose. Tandis que la sobriété sauvegarde la vigueur et la santé, l'alcoolisme constitue l'agent le plus formidable de faiblesse et de dégénérescence, laissant l'individu comme ses descendants sans résistance aux maladies.

Lancereaux l'a nettement démontré, ainsi que Bell de New-York : La phtisie acquise chez l'ouvrier des villes qui a atteint l'âge mûr est presque toujours dû à l'alcoolisme. C'est ainsi que MM. Debove, Jacquet et Hayem ont trouvé parmi les tuberculeux hospitalisés dans les hôpitaux de Paris 71 0/0 d'alcooliques.

MM. Rendu et Barbier donnent la proportion de 88 0/0.

C'est tout simplement effrayant. Baudran de Beau-

vais a montré qu'en France les cartes de l'alcoolisme et de la tuberculose se correspondent on ne peut plus exactement.

Les départements qui ont 30 à 40 décès par tuberculose consomment 12 litres d'alcool par tête ;

40 à 50 décès	consomment	15 litres d'alcool
50 à 60 décès	—	16 litres d'alcool
60 à 70 décès	—	16 litres d'alcool
70 à 80 décès	—	17 litres d'alcool
plus de 98 décès	—	50 litres d'alcool

Ainsi à Rouen et au Havre où la consommation d'alcool est de 14 litres par tête et par an il y a 402 et 522 décès phtisiques par 100.000 habitants tandis qu'à Toulouse où la consommation n'est que de 2 litres il n'y a que 290 décès phtisiques.

Les progrès que l'alcoolisme a faits en France dans ces dernières années, puisque depuis trente ans la consommation des absinthes et autres spiritueux est passée de 29.000 hectolitres à 312.000 hectolitres, expliquent que la mortalité par tuberculose au lieu de baisser tende à augmenter, et cela malgré les progrès de l'hygiène, malgré les progrès du bien-être qui ont pourtant augmenté la moyenne de vie humaine. Il faut aussi chercher la cause de cet accroissement dans le bouleversement économique qui s'est produit depuis quarante ans : la migration est constante de la campagne vers la ville, les conditions du travail se sont modifiées et l'ouvrier s'est mis à boire. A Rouen, par exemple, comme le mon-

trait M. Brunon au Conseil général de la Seine-Inférieure en 1902, l'alcoolisme sévit dans toute la série des travailleurs, depuis l'enfant de 14 ans qui est manœuvre, depuis la jeune fille repasseuse ou couturière jusqu'au maçon et à l'ouvrier d'art. L'accroissement du nombre des cabarets depuis trente ans a contribué à répandre ainsi l'alcoolisme surtout depuis l'abrogation par la loi du 17 juillet 1880 du décret de décembre 1851. En 1869 on comptait en France 365.875 cabarets ; en 1892 on en comptait 417.558, en 1896 424.486 ; à quoi il faut ajouter environ 30.000 débits à Paris. Cela fait en moyenne 1 débit pour 80 habitants.

Quant à la loi de 1873 tendant à réprimer l'ivresse publique elle est presque complètement tombée en désuétude.

Enfin malgré l'augmentation des droits la production annuelle de l'alcool n'a cessé d'augmenter d'autant plus que grâce au privilège des bouilleurs de cru 600.000 producteurs sont couverts qui produisent sans verser de droits au Trésor plus de 2 millions d'hectolitres d'alcool d'après Cavalie.

Comment intervenir dans la lutte contre l'alcoolisme, mais en diminuant le nombre des cabarets, en réglementant beaucoup plus sévèrement la vente et la production de l'alcool, en augmentant énormément les droits.

Nous n'avons sous ce rapport qu'à suivre l'exemple de la Suède et de la Norvège qui tenaient autrefois la tête pour la consommation des liquides alcooliques et dont la mortalité depuis la réglementation de la vente et de la production de l'alcool, a diminué de 32 0/0.

Les distilleries particulières ont été supprimées ; de grandes compagnies ont été seules autorisées à distiller sous un contrôle sévère. On a réduit le nombre des débits à 1 pour 8.000 habitants. Quant aux sociétés de tempérance elles se sont partout multipliées.

Qu'on augmente donc les entraves fiscales, qu'on fasse payer comme en Angleterre 498 francs par hectolitres au lieu de 221 francs ; on déchargera d'autant les droits sur les objets de première nécessité. Qu'on supprime le privilège des bouilleurs de cru, et enfin qu'on fasse surtout cesser la coupable liberté laissée aux cabaretiers par la loi du 17 juillet 1880 de s'installer partout, car ce n'est pas tout d'augmenter les droits, d'instituer l'éducation alcoolique, d'interdire ou d'emprisonner les ivrognes il faut avant tout limiter le nombre des débits. La lutte sera certainement pénible et difficile à cause de la puissance électorale du marchand de vin et de la puissance financière de certains grands industriels qui seraient ainsi menacés. Mais l'État quoique tirant des centaines de millions de l'alcool doit agir par tous les moyens dont dispose son organisation sociale pour défendre ses subordonnés. S'il remplit ses devoirs il doit être avant tout le protecteur de la santé publique.

Par la loi du 30 mars 1900, on a fait beaucoup en France pour la lutte contre le surmenage, facteur important de la tuberculose. La réglementation du travail chez les enfants et les femmes, ainsi que l'obligation d'un jour de repos par semaine est une chose excellente qu'on ne saurait trop louer. Malheureusement les conditions

matérielles d'existence dans les grandes villes, et surtout les cités industrielles, sont loin de s'améliorer. Tandis que les salaires augmentent d'une façon minime, le prix des objets de première nécessité va continuellement en s'accroissant énormément. Il est très beau d'être protectionniste, malheureusement c'est souvent aux dépens du bien être et des conditions de vie des classes populaires. Enfin une loi nouvelle s'impose : c'est l'assurance obligatoire, comme en Allemagne, qui empêche l'ouvrier malade de tomber dans la misère et surtout qui lui permette de se soigner et de guérir la tuberculose qui débute.

A côté de ces grandes mesures générales qui ont pour but l'amélioration du terrain, on pourrait aussi organiser directement la lutte contre le bacille, soit en isolant le tuberculeux, soit en intervenant pour désinfecter. Mais pour cela il faut que les pouvoirs publics connaissent les cas de tuberculose. Certes comme a dit Brouardel, la déclaration obligatoire a de graves inconvénients : « Dévoiler la phtisie chez un des membres d'une famille, c'est révéler un fait qui peut nuire à tous ses membres. Dire qu'une personne est atteinte de phtisie c'est porter sur le malade un pronostic grave susceptible d'arrêter dans son cours son avenir. » Cependant, théoriquement, la déclaration de la phtisie est aussi légale et juste que celle de toute autre maladie transmissible et contagieuse. La liberté individuelle est susceptible d'être restreinte quand l'abus qu'on peut en faire attente à la liberté et à la santé de la communauté.

Cette mesure, quoique ayant rencontré en Allemagne,

aux États-Unis, en Suède, en Norvège, une assez vive opposition de la presse et du corps médical, est aujourd'hui fort bien acceptée. Qu'on suive donc cet exemple en France où la déclaration est déjà facultative depuis 1902, et qu'elle soit obligatoire dans les cas de rébellion aux conseils de médecin ; ainsi que la désinfection des locaux.

Enfin il est de toute nécessité de favoriser le développement de l'hygiène par l'éducation. Le grand public, en France, ne voit dans les lois bienfaisantes que nous devons au conseil d'hygiène, qu'une entrave à la liberté, et comme il est frondeur, il fait tous ses efforts pour y échapper. Cet aveuglement est désastreux. Aussi il est de toute nécessité d'instruire toutes les classes de la société des vérités du monde médical pendant toute leur carrière : à l'école, à la caserne, à l'atelier.

Il est de toute nécesité de reprimer sévèrement toutes les infractions aux lois existantes concernant la dissémination des crachats dans les lieux publics.

Certes la méthode prophylactique de lutte contre la tuberculose prête moins à la réclame bruyante, elle est moins appréciable aux yeux du public mais est vraiment efficace et elle doit devenir le but de tous nos efforts. Car jusqu'ici il y avait une contradiction choquante à paraître vouloir tout faire pour soigner des indigents tuberculeux et à ne vouloir rien faire pour empêcher de le devenir.

CONCLUSIONS

1° Le sanatorium populaire, ne s'appliquant qu'à une petite catégorie de malades, a un rôle un peu restreint dans la lutte contre la tuberculose.

2° Il ne faut pas négliger les tuberculeux incurables, qui sont les plus dangereux pour la société, et pour cela il ne faut pas envisager la lutte antituberculeuse seulement au point de vue économique.

3° Pour que le sanatorium soit vraiment efficace il faudrait modifier les conditions de vie du prolétaire par des mesures d'hygiène générale, en lui assurant l'air, la lumière, et une bonne alimentation, de façon qu'à sa sortie l'ouvrier malade ne se trouve pas dans les conditions qui l'ont déjà rendu tuberculisable et tuberculeux.

4° Les tentatives réalisées en France d'une façon isolée et en Allemagne sur une vaste échelle, n'ont pas donné tous les résultats qu'on attendait, et il faut savoir interpréter les statistiques données par les sanatoriums.

5° Il faut viser la tuberculose dans ses causes et non surtout dans ses manifestations ; car il est plus facile

d'empêcher l'ouvrier de devenir tuberculisable ou tuberculeux que d'essayer de le guérir.

6° Le meilleur moyen d'envisager la lutte antituberculeuse c'est le traitement prophylactique :

1° Par l'amélioration des logements ouvriers ;

2° Par les obstacles mis à la production et à la vente de l'alcool ;

3° Par l'amélioration des conditions matérielles d'existence, par le développement de l'épargne et des institutions de prévoyance ;

4° Par une loi imposant l'assurance obligatoire aux classes laborieuses ;

5° Par l'inspection médicale et l'amélioration de l'hygiène des ateliers ;

6° Par des règlements nouveaux imposant la déclaration obligatoire dans les cas de rébellion aux conseils du médecin ; imposant la désinfection des locaux occupés par des tuberculeux et empêchant, sous peine de condamnation sévères, toutes les infractions aux lois existantes concernant la dissémination des crachats dans les lieux publics ;

7° En préparant l'opinion publique par l'éducation hygiénique.

Vu : le Président de la thèse.
CHANTEMESSE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Armaingaud. — *Bulletin de l'académie de médecine*, 1908, t. LX, page 13.

Beauvalon. — Traitement de la tuberculose dans les sanatoriums. *Thèse de Paris*, 1896.

Beco. — *Bulletin médical*, 1905, page 879.

Brouardel et Grancher. — Note sur les sanatoriums, 27 mars 1899.

Bertillon. — Les logements à Paris. *Revue d'hygiène*, 1899.

Barbillon. — Nécessité des sanatoriums hospitaliers. *Société des bureaux de bienfaisance*, décembre 1899.

Brouardel et Landouzy. — Les sanatoriums. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1901, pages 139, 276.

Brouardel. — La lutte contre la tuberculose en France. *Presse médicale*, n° 33.

Sophis Bang. — *Bull. médical*, t. II, 1906, page 879.

Brouardel. — Congrès de la tuberculose. 1905. *Revue de la tuberculose* de 1905.

Brunon. — Air confiné et tuberculose. *Presse médicale*, 1905.

Calmette. — Congrès de la tuberculose de 1905.

— *Bulletin médical*, 1905, page 796.

Courtois Suffit et Laubry. — *Bulletin médical*, octobre 1905, page 879.

— *Revue du congrès de la tuberculose* de 1905.

— *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1905, page 1014.

Charmont. — *Thèse de Lyon*, 1902-1903.

Henri Claude. — Lutte contre la tuberculose, t. I, 1903.

Christine. — *Thèse de Lyon*, 1903-1904. Tuberculose et pouvoirs publics.

Cornet. — Die prophylaxis der tuberkulose. Wien, 1907.

Critzmann. — *Annales d'hygiène publique*, 1903, t. I. Résultats de la lutte antituberculeuse en Allemagne.

Cornet. — Congrès de la tuberculose de 1898. Stat. et insuffisance du temps de cure.

Campbell Macfie. — The utility and futility of sanatoria. *The scottish medical and surgical journal*, volume 16, n° 1, janvier 1905.

Cheinisse. — Étiologie, prophylaxie de la tuberculose. *Semaine médicale*, 31 mai 1899.

— Sur la conférence internationale antituberculeuse. *Semaine médicale*, 29 octobre 1902.

Courmont. — Le dispensaire antituberculeux de Lyon. *Presse médicale*, 10 mai 1905.

Cheinisse. — *Semaine médicale*, 7 juin 1899.

Dumarest. — Exposé des résultats obtenus au sanatorium lyonnais d'Hauteville. *Bulletin médical*, 1903, page 545.

Daremberg. — Trait. de la tuberculose pulmonaire. Collect. Charcot-Debove.

De Lavarenne. — Alcool et tuberculose. *Revue de la tuberculose*, 1901, page 193.

— Dispensaires antituberculeux. *Revue d'hygiène*, 10 mars 1905.

Ebstein. — De la valeur du trait. de la tuberculose pulmonaire par le sanatorium. *Thèse de Lyon*, 1901-1902.

Engelmann. — *Bulletin médical*, t. II, 1903, p. 825.

Fisher. — The cost of tuberculosis medical record, octobre 3th 1908.

— Sixth Congress of tuberculosis, 17 octobre 1908.

Fritz Egger. — Comparative value of the dispensary and sanatorium treatment. *Medical Record*, october 17 1908.

GRANCHER. — Traitement de la tuberculose. *Bullet. médical*, 1895, n° 95; 1896, n° 9 ; 1897, n°s 10 et 99.

— Tuberculose et sanatorium. *Bulletin médical*, 1903, n° 19.

GUETSCHELL. — Guérison de la tuberculose. *Thèse de Lyon*, 1901-1902.

GRASSET. — Académie de médecine, Paris, 9 mars 1901.

— *Progrès médical*, 1901, p. 335.

GRANCHER ET THOINOT. — Rapport sur l'hospitalisation des tuberculeux. *Ac. de médecine*, 28 juin 1898.

KUSS. — Résumé des conclusions du congrès de la tuberculose, 1899. *Bullet. médical*, 1899, p. 557.

— Sanatoriums populaires et dispensaires antitub. *Bulletin médical*, 1903, p. 105.

— Indications cliniques et rôle social des sanatoriums populaires. *Bulletin médical*, 1901, n° 34.

KNOPF. — Les sanatoriums. *Thèse de Paris*, 1894-1895.

LATHAM. — Value of sanatorium treatment. *Medical Record* 17 octobre 1908.

LANDOUZY. — Sixth congress of tuberculosis. *Medical Record*, 1908 october.

— La tuberculose maladie sociale. *Presse médicale*, 4 avril 1903.

— Congrès de Berlin, 1899. *Bullet. médical*, juin 1899.

— Cure de sanatorium simple et associée. *Presse médicale*, 27 mai 1899.

LEMOINE. — Prophylaxie sociale de la tuberculose dans l'habitation. *Revue d'hygiène*, 1908.

LANCRY. — La lutte contre la tuberculose. *Nord médical*, t. I, 1901.

LEMOINE ET CARRIÈRE. — Des moyens à utiliser dans la lutte antituberculeuse. *Nord médical*, 4 mai 1901.

— La lutte contre la tuberculose. *Nord médical*, 1er juillet 1901.

LETULLE. — Phtisiothérapie, cure d'air à l'hôpital, 7 juin 1899. *Presse médicale.*

— Cure d'aliments à l'hôpital. *Presse médicale*, 16 juin 1900.

H. Le Meignen. — *Revue hebdomadaire*, 23 mai 1903.

Letulle. — Le Parisien tuberculeux à l'hôpital. *Presse médicale*, 24 décembre 1898, 30 juillet 1897 11 mars 1899

Legendre. — De la nécéssité de multiplier les petits sanatoriums. IV^e^ Congrès de la tuberculose. Paris, 1898.

Louit. — L'assistance de la famille du tuberculeux en Allemagne. *Thèse de Paris*, 1902-1903.

Lowenthal. — Les sanatoriums et la lutte antitub. *Rev. de tuberculose*, 1903, p. 72.

— Les sanatoriums et la lutte antituberculeuse. *Revue de la tuberculose*, 1901, p. 31.

Langlois. — Précis d'hygiène publique et privée (3^e^ édition).

Minor. — The treatment of tuberculosis in other places than sanatoria. *Med. Record.*

Marfan. — La tuberculose. Traité Bouchard et Brissaud, 1908 t. VII.

Malherbe. — Dispensaire antituberculeux. Type Calmette. *Thèse de Lyon*, 1904-1905.

Morin. — Le sanatorium de Leysin du 1^er^ mai 1902 au 30 avril 1903. *Bulletin médical*, 1903.

Netter et Beauvalon. — Traitement des tuberculeux indigents dans les sanatoriums. *Revue de la tub.*, 1898, p. 141.

Panwitz. — Prix de revient du sanatorium populaire. VI^e^ conférence internationale de la tuberculose.

— Sixth congress of tuberculosis. *Medical Record*, 17 octobre 1908.

Paterson. — Gratuated labour in pulmonary tuberculosis. *Medical Record*, 17 octobre 1908.

A. Robin. — *Bulletin médical*, 1903, p. 27.

Romme. — La lutte contre l'alcoolisme. *Revue générale des sciences*, 1902.

— Congrès de la tuberculose, 1899. *Presse médicale*, 1899.

Reich. — Résultat de la lutte antituberculeuse. *Bulletin médical*, 4 février 1903.

Sersison. — Les tuberculeux pauvres et adultes en France, en Suisse et en Allemagne. *Thèse de Paris*, 1899.

Sersison. — Sanatoriums pour tuberculeux. *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1899.

— Le travail des tuberculeux pauvres après trois mois de cure au sanatorium. *Presse médicale*, 3 février 1900.

Seymour. — Some features of the present crusade against tuberculosis in New-York city. *Médical Record*, 24 octobre 1908.

Savoire. — La lutte antituberculeuse en Allemagne. *Bull. médical*, t. II, 1902.

— *Bulletin médical*, 11 avril 1903.

— Congrès de la tuberculose de Paris 1905, octobre 1905, 11 et 14. *Bullet. médical.*

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris.